

#1

Registro de lectura

Nombre: _____

Evalua el libro y dale una estrella si no te gustó y cinco si te gustó mucho.

	Date Fecha	Book Title Título del libro	My thoughts Que pienso
Weekend Fin de semana	_____		★ ★ ★ ★ ★
Monday lunes	_____		★ ★ ★ ★ ★
Tuesday martes	_____		★ ★ ★ ★ ★
Wednesday miércoles	_____		★ ★ ★ ★ ★
Thursday jueves	_____		★ ★ ★ ★ ★

Devuelve este registro de lectura el **viernes** _____

Firma del padre: _____

#2

Registro de lectura

Nombre: _____

Evalua el libro y dale una estrella si no te gustó y cinco si te gustó mucho.

	Date Fecha	Book Title Título del libro	My thoughts Que pienso
Weekend Fin de semana	_____		★ ★ ★ ★ ★
Monday lunes	_____		★ ★ ★ ★ ★
Tuesday martes	_____		★ ★ ★ ★ ★
Wednesday miércoles	_____		★ ★ ★ ★ ★
Thursday jueves	_____		★ ★ ★ ★ ★

Devuelve este registro de lectura el **viernes** _____

Firma del padre: _____